

Muster-Widerrufsformular gem. Art. 246a § 1 Abs. 2 Nr. 1 und § 2 Abs. 2 Nr. 2 EGBGB

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.

An
Medicals Direct Deutschland GmbH
Am Schammacher Feld 21
85567 Grafing bei München

Telefon: 08092 - 863 550
Telefax: 08092- 851 97 69

Email: bin-ich@versicher-bar.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir _____ den von mir/uns -
_____ abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der
folgenden Dienstleistung _____

Bestellt am _____

Name des/der Besteller _____

Datum _____ Unterschrift _____